

FORMA PARA EVALUACIÓN DEL DIU (Dispositivo Intrauterino)

Nombre _____

Agencia: _____

Fecha de nacimiento _____

Type of IUD/IUS: _____

Insertion Date: _____

<p>1. ¿Qué tipo de DIU tiene usted? _____</p> <p>2. ¿Cuándo fue el primer día de su última regla/menstruación? _____</p> <p>3. ¿Puede sentir las cuerdas/hilos del DIU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>4. ¿Está contenta con su DIU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>5. ¿Su pareja está contento con el DIU? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>6. Desde que le colocaron el DIU, ¿ha tenido infecciones o alguna enfermedad de transmisión sexual?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p>7. Marque si ha tenido lo siguiente:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calambres/ cólicos</td> <td><input type="checkbox"/> Fiebre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ardor al orinar</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor con la relación sexual/ coito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor de espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Sangrado entre una y otra menstruación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flujo vaginal raro/ diferente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sangrado abundante durante las reglas</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Calambres/ cólicos	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Dolor con la relación sexual/ coito	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sangrado entre una y otra menstruación	<input type="checkbox"/> Flujo vaginal raro/ diferente		<input type="checkbox"/> Sangrado abundante durante las reglas		<p>8. ¿Con qué frecuencia revisa los hilos del DIU?</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frecuentemente b. Después de cada regla c. Cuando tengo sangrado anormal o cólicos d. En todos los casos anteriores <p>9. No podría tener protección si:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. No puede sentir el hilo/ cuerda b. Siente el plástico c. Los hilos se alargan o acortan d. En todos los casos anteriores <p>10. Su DIU deberá quitarse o cambiarse (haga un círculo en todos los casos que correspondan):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Una vez que llegue a la menopausia b. 3 meses antes de embarazarme c. 10 años después de haberse colocado d. Cuando desee cambiar de método e. En ninguno de los casos anteriores f. 5 años después de haberse colocado
<input type="checkbox"/> Calambres/ cólicos	<input type="checkbox"/> Fiebre										
<input type="checkbox"/> Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Dolor con la relación sexual/ coito										
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sangrado entre una y otra menstruación										
<input type="checkbox"/> Flujo vaginal raro/ diferente											
<input type="checkbox"/> Sangrado abundante durante las reglas											
<p>¿Tiene alguna(s) pregunta(s) sobre el DIU? <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí</p>											

Firma de la paciente

Fecha

TO BE COMPLETED BY STAFF

S:

O:

<u>Examination</u>	<u>WNL</u>	<u>Abn.</u>	<u>Comments</u>
Ext. Genitalia			
Vagina			
Cervix			String visualized: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Discharge			
Uterus			
Adnexae			

A:

P:

Staff signature

Date